

УДК 616-036.83:612.176:355.4 – 036.86

Науменко Л.Ю., Спіріна І.Д., Борисова І.С.,
Кузьменко В.І., Тітов Г.І., Березовський В.М.

КРИТЕРІЇ ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕССОВОМУ РОЗЛАДІ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Дніпропетровський військовий госпіталь, м. Дніпро

Військово-медична служба управління ВМУ СБ України в Управлінні СБУ

у Дніпропетровській області, м. Дніпро

В даний час питання медико-соціальної експертизи, психологічної і професійної реабілітації при ПТСР розроблені недостатньо. Не повною мірою вивчені психологічні особливості і, переважно, особистісні чинники, які багато в чому визначають ступінь обмежень життєдіяльності при даному захворюванні. У зв'язку з цим виникає потреба в оптимізації критеріїв порушень життєдіяльності учасників АТО як основних критеріїв визначення ознак інвалідності. Метою роботи було за результатами аналізу посильних документів на МСЕК «Направлення на МСЕК» (форма 088) та даних об'єктивних і додаткових методів дослідження (амбулаторні карти) дослідити і систематизувати науково-практичні та медико-соціальні підходи щодо обмежень критеріїв життєдіяльності при посттравматичному стресовому розладі у військовослужбовців – учасників бойових дій в зоні АТО для визначення груп інвалідності. Дослідження проводилося на базі КЗ «Обласного клінічного центру МСЕ ДОР» м. Дніпро (головний лікар, к.мед.н. Концур В. М.). ПТСР – це несприятлива відстрочена реакція на травматичний стрес, яка здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень після завершення травматичної дії. Для виникнення необхідно, щоб людина випробувала дію стресу, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес. В статті визначені основні критерії визначення груп інвалідності хворих з ПТСР на основі виявлених критеріїв обмежень життєдіяльності учасників бойових дій в зоні АТО та систематизовані підходи щодо їхньої потреби у різних видах реабілітації. За результатами аналізу посильних документів на МСЕК «Направлення на МСЕК» та даних об'єктивних і додаткових методів дослідження визначені основні критерії обмежень життєдіяльності учасників бойових дій в зоні АТО – хворих на ПТСР – здатність контролювати свою поведінку, здатність до трудової діяльності та здатність до спілкування. В сучасних умовах збільшення кількості учасників АТО – постраждалих в бойових діях – проблема медико-соціальної експертизи при ПТСР набуває особливої актуальності. Індивідуальна програма реабілітації інвалідів з діагнозом ПТСР складається з рівних за своєю значимістю напрямків: медична, соціальна, психологічна та професійна реабілітація. Розділи ІПР повинні заповнюватися відповідно до потреб хворого (інваліда) з ПТСР. У зв'язку з тривалою ситуацією на Сході України ПТСР має тенденції до зростання в структурі інвалідізуючих захворювань, травм та поранень у учасників АТО. Прийнятий «Уніфікований клінічний протокол ... «Реакція на важкий стрес ... Посттравматичний стресовий розлад» сприятиме адекватному та своєчасному наданню медичної допомоги хворим та інвалідам з проявами ПТСР.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, обмеження критеріїв життєдіяльності, учасники АТО.

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи «Розробка клініко-експертних підходів до оцінки обмеження життєдіяльності хворих та інвалідів з ревматичними враженнями суглобів, внутрішніх органів та визначення реабілітаційного потенціалу на різних стадіях захворювань», № державної реєстрації 0105U007832, шифр ІН.05.06.

Вступ

Сучасний військовий конфлікт, що склався на Сході України обумовив появу великої кількості військовослужбовців–учасників бойових дій. За даними, висвітленими на сайті Міністерства оборони України станом на 23 грудня 2016 року, статус учасника бойових дій вже отримали 187 тисяч 741 особа Збройних Сил України [20]. Разом із бойовим досвідом, учасники антитерористичної операції (АТО) отримують чисельні поранення та механічні травми, а їхня психіка зазнає значних змін. Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. Отримані в екстремальних бойових умовах психічні травми стають підґрунтям для психологічних або психічних розладів, які проявляються в першу чергу труднощами в процесі адаптації до мирного життя. За даними Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Зброй-

них сил України за 2015 рік, 80% українських військовослужбовців, задіяних в АТО, внаслідок інтенсивності бойових дій і часу перебування в зоні АТО отримали психічні травми [18]. Розповсюдженість ПТСР у військовослужбовців, що проходили службу в Республіці Ірак складає від 1, 4 до 31 % [22]. Поточна поширеність ПТСР у хворих в установах первинної медичної допомоги коливається в широких межах від 2% до 39%, що пояснюється різними рівнями впливу травми [23]. Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв, і можуть впливати на все подальше життя людини, призводячи в тому числі і до формування порушень життєдіяльності – ознак інвалідності. Зокрема діагноз ПТСР пов'язаний з підвищеним ризиком виникнення деменцій [21].

Для реабілітації хворих з ПТСР держава ро-

бити дієві кроки. Це і чітка законодавча база, щодо соціального захисту військовослужбовців – ветеранів АТО та сімей загиблих, і чіткі діагностичні підходи до визначення ПТСР. Так, в 2016 році розроблений та затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 №121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [17]. Документ розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів з ПТСР в Україні з позиції забезпечення послідовності етапів медичної допомоги. В протоколі розроблені чіткі підходи медикаментозної та психологічної допомоги таким хворим. В законодавчих актах, щодо реабілітаційної допомоги розроблена послідовна схема надання санаторно-курортних послуг учасникам АТО та пільгове обслуговування членів їх сімей [13]. Кошторисом Міноборони за 2016 рік на медичне забезпечення передбачено 257 мільйонів гривень, у тому числі близько 200 мільйонів гривень на оплату медикаментів [16]. Важливим фактом при цьому є те, що практично кожний учасник АТО, який має фізичні травми чи поранення або потребує реабілітаційної допомоги, проходить медико-соціальну експертизу (МСЕ) для визначення групи інвалідності або встановлення відсотків втрати працездатності та оформлення індивідуальної програми реабілітації (ІПР) для встановлення факту потреби надання певних пільг. В той же час, у лікарів МСЕ комісії виникають певні труднощі при визначенні груп інвалідності у учасників АТО при різних ступенях тяжкості ПТСР.

На сучасному етапі реєструється збільшення кількості учасників АТО - постраждалих в бойових діях, тому проблема медико-соціальної експертизи при ПТСР набуває особливої актуальності. Науково-обґрунтований експертно-методичний підхід до оцінки життєдіяльності та соціальної адаптації людини, проведення повного комплексу заходів з медико-соціальної, професійної та психологічної реабілітації сприяє інтеграції постраждалих АТО в суспільство. В даний час питання медико-соціальної експертизи, психологічної і професійної реабілітації при ПТСР розроблені недостатньо. Неповною мірою вивчені психологічні особливості і, переважно, особистісні чинники, які багато в чому визначають ступінь обмежень життєдіяльності при даному захворюванні. У зв'язку з цим виникає потреба в оптимізації критеріїв порушень життєдіяльності учасників АТО, як основних критеріїв визначення ознак інвалідності.

Мета роботи

За результатами аналізу посильних документів на МСЕК «Направлення на МСЕК» (форма

088) та даних об'єктивних і додаткових методів дослідження (амбулаторні карти) дослідити і систематизувати науково-практичні та медико-соціальні підходи щодо обмежень критеріїв життєдіяльності при посттравматичному стресовому розладі у військовослужбовців – учасників бойових дій в зоні АТО для визначення груп інвалідності.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилося на базі КЗ «Обласного клінічного центру МСЕ ДОР» м. Дніпро (головний лікар, к.мед.н. Концур Віктор Миколайович). Аналіз статистичних даних роботи МСЕК України визначив, що у 2015 році оглянуто 5803 учасників АТО. З них визнано інвалідами 2382 (41%) осіб, встановлено ступінь втрати працездатності - 3423 (59%) особам. За структурою інвалідності: I групу інвалідності встановлено 92 особам (3, 86 % загальної кількості інвалідів), у тому числі I А – 35, I Б – 57, II – 525 особам (22 %), III – 1730 особам (72, 6 %). При цьому 2506 осіб потребували різних видів реабілітації: забезпечення предметами медичного призначення, технічними та іншими засобами реабілітації, послугами медичної реабілітації та ін. [9].

Результати дослідження та їх обговорення

ПТСР – це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, яка здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень після завершення травматичної дії. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресу, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес. На відміну від гострої стресової реакції, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни – в період до 6 місяців з моменту отримання бойової травми [2,11].

ПТСР характеризується чотирма типами симптомів:

- симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни;
- симптоми уникання, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією;
- симптоми заціпеніння, такі як відчуття відстороненості від інших;
- симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість [14,24].

Направляючи хворого ПТСР на МСЕ лікар закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) повинен оцінити клінічні дані, анамнез, обсяг і адекватність проведеної комплексної терапії, провести аналіз причин затяжного перебігу захворювання, дати оцінку ступеню тяжкості та наявних стійких обмежень життєдіяльності у відповідності з Наказом МОЗ України №561 від 14.11.2011р. та Постанови КМУ №1317 від 3.12.2009р. (із доповненнями), де відображені об'єктивні характеристики

ступенів тяжкості порушень функцій організму у вигляді клініко-функціональних характеристик стійких порушень функцій організму людини. Підставою для встановлення інвалідності є стійкі, помірні, виражені та значно виражені важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту [9]. При цьому оцінюються: здатність до самообслуговування; здатність до пересування; здатність до орієнтації; здатність до спілкування; здатність контролювати свою поведінку; здатність до навчання; здатність до трудової діяльності [14]. Клінічні прояви ПТСР та його ускладнення, в тому числі коморбідні стани, пов'язані з основним захворюванням, обумовлюють наступні особливості соціальної дезадаптації хворих на ПТСР: ускладнення спілкування; труднощі до встановлення ситуативно-адекватних контактів; ускладнення можливості контролювати свою поведінку; неадекватна самооцінка і оцінка взаємовідносин між людьми; ослаблення вміння організувати свою поведінку з урахуванням конкретної ситуації, соціально-правових та морально-етичних норм. Для визначення даних порушень потрібно оцінити порушення психічних функцій сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі [14]. Наслідком порушень вищезазначених функцій, що виникають при ПТСР в залежності від ступеню їх тяжкості, стає соціально-психологічна дезадаптація в типових життєвих ситуаціях («освіта», «армія», «сім'я», «робочі відносини», «друзі», тощо). Таким чином, при ПТСР частіше обмежуються наступні критерії життєдіяльності: здатність контролювати свою поведінку та здатність до трудової діяльності.

Статистичні дані 2016 року КЗ «Обласного клінічного центру МСЕ ДОР» м. Дніпро (головний лікар, к.мед.н. Концур В.М.) доводять, що кількість оглянутих громадян-учасників АТО становила 785 осіб; з них практично 92% хворих мали ПТСР, що підтверджувалося даними об'єктивного обстеження та консультаціями спеціалістів. При цьому аналіз посилює документи на МСЕК та даних об'єктивних і додаткових методів дослідження визначив, що основними показаннями до направлення на МСЕ хворих з ПТСР є:

- помірно виражені прояви ПТСР, незважаючи на активне лікування, у разі неможливості продовжувати роботу в своїй професії за протипоказом, якщо перехід на доступну роботу не може бути здійснений за рішенням лікарської комісії;

- виражені прояви ПТСР, частіше на етапі віддалених наслідків, при неефективності медикаментозної терапії та психотерапії, в ситуації тривалої тимчасової непрацездатності.

Відповідно до Інструкції про встановлення

груп інвалідності МСЕ проводиться після повного медичного обстеження, здійснення необхідних досліджень, оцінювання соціальних потреб інваліда [9,14].

Необхідний мінімум обстеження при направленні на МСЕ:

1. Результати соматичного дослідження та загальноклінічні дослідження.

2. Дані про динаміку захворювання (спостереження в стаціонарі, поліклініці).

3. Результати інструментальних досліджень головного мозку. Дані нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації самі по собі не мають діагностичного значення, і можуть використовуватися лише для диференційної діагностики. За необхідності верифікації органічного ураження головного мозку, з метою проведення диференційної діагностики або встановлення наявності коморбідної патології органічного походження (черепно-мозкової травми, нейроінфекції) проводять ЕЕГ та КТ або МРТ.

4. Експериментально-психологічне дослідження. Обов'язкові (на другому рівні надання медичної допомоги): шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSDScale-CAPS-5); контрольний список ПТСР для DSM-V(PCL-5); контрольний список життєвих подій для DSM-V(LEC-5). Бажані (за наявності відповідних симптомів): госпітальна шкала тривоги і депресії; шкала депресії Гамільтона (HAM-D); шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); Пітсбурзький опитувальник якості сну[17].

5. Консультація психолога.

6. Консультація психіатра з поточних ризиків для хворого та оточуючих: суїцидальні думки (плани), засоби (наприклад зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад насильство або спроби самогубства), поведінка (наприклад агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки.

Важливим є на етапі підготовки до проведення МСЕ здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму тощо) та визначення коморбідних станів (депресії, біполярні розлади, розлади особистості, адитивні порушення, генералізовані тривожні та панічні розлади, соціальні фобії).

Критерії інвалідності при ПТСР. Клініко-функціональними ознаками легкого перебігу ПТСР, відповідно до МКБ-10 є: поодинокі епізоди повторного переживання травми; легке зниження спонукальних функцій; легкі емоційно-вольові порушення; порушення сну, що не носять системний характер; особистісні особливості хворих не перевищують рівень акцентуації. Результати додаткових методів дослідження вказують на наявність легких порушень глобальних і специфічних розумових функцій, пере-

важно емоційно-вольових і когнітивних функцій. Анамнез захворювання – менше 1 року. Лікування – робота з психологом, без потреби медикаментозного супроводу. У таких хворих обмеження життєдіяльності відсутні, що означає відсутність ознак інвалідності. Легкий ступінь тяжкості порушень психічних функцій спостерігається також у хворих при прогресуючому перебігу ПТСР на тлі адекватної відповіді на медикаментозне лікування. В таких випадках за умов, якщо немає інших інвалідизуючих чинників, а періоди тимчасової непрацездатності є короткочасними без ознак соціальної недостатності, інвалідність хворим не визначається. Такі хворі потребують активних профілактичних дій, щодо запобігання виникнення інвалідності. А саме: подальшого проведення медичних, психотерапевтичних заходів та трудових рекомендацій ЛККОЗО [7,11]. Такими рекомендаціями повинні бути: регулярна і тривала (як правило протягом року) медикаментозна терапія; «Д» спостереження психіатра, психотерапевта, а при необхідності – лікарів інших спеціальностей; раціональне працевлаштування з урахуванням протипоказань, а при необхідності – перенавчання та освоєння іншої професії; дотримання термінів тимчасової непрацездатності; своєчасним визначенням групи інвалідності з метою попередження прогресування захворювання з погіршенням стану.

III група інвалідності при ПТСР визначається хворим з помірно вираженими порушеннями психічних функцій, що призводить до помірного ступеню обмеження життєдіяльності у зв'язку зі зниженням кваліфікації, зменшенням обсягу виробничої діяльності за наявності непридатних факторів в процесі або умовах праці (за критерієм порушення здатності до трудової діяльності першого ступеня). Порушуються також здатність до спілкування та здатність контролювати свою поведінку. Клініко-функціональні ознаки помірно виражених порушень психічних функцій відповідно до МКБ–10 у хворих на ПТСР проявляються: симптомами уникнення зі зниженням інтересу до професійної діяльності та захоплення, хобі; відчуттям відстороненості, відчуження від інших (часто близьких) людей; збіднення почуттів, відсутність позитивних емоцій; відсутність планів на майбутнє; симптомами підвищеної збудженості; зберігаються симптоми повторних переживань. Анамнез – подовженість захворювання 1 - 1,5 роки. Результати додаткових методів дослідження, в тому числі психологічного тестування відображають наявність помірних порушень глобальних і специфічних розумових функцій, які сягають другого ступеня вираженості. Дана група хворих має високий реабілітаційний потенціал, і за умов використання всіх реабілітаційних заходів може повністю відновити працездатність. Але при цьому необхідно враховувати, що визначення інвалідності при ПТСР сприяє фіксації хворого на болісних переживаннях, формуванню соціальної ролі «інваліда». Визначаючи

інвалідність при ПТСР, необхідно враховувати можливість позитивної динаміки та повернення хворого до виконання своїх трудових обов'язків без обмежень у разі покращення стану, що повинно бути оцінено при черговому повторному огляді. Важливо розуміти, що покращення стану хворого можливо лише за умов виконання хворим всіх реабілітаційних заходів, занесених в ІПР [11,15].

II група інвалідності при ПТСР без супутньої патології визначається відносно рідко. Підставами є значне обмеження життєдіяльності у зв'язку з вираженими проявами ПТСР та при неефективності лікування, коли виникає обмеження здатності до трудової діяльності другого ступеню, контролю за своєю поведінкою другого ступеня та здатності до спілкування другого ступеню. Клініко-функціональні ознаки виражених порушень психічних функцій на етапі віддалених наслідків, відповідно до МКБ-10 у хворих на ПТСР проявляються: вираженими змінами особистості; наявністю стійкої супутньої патології у вигляді органічного (часто судинного ураження ЦНС); синдромом залежності різного ступеню вираженості. Результати додаткових методів дослідження та психологічного тестування відображають наявність порушень глобальних і специфічних розумових функцій, які досягають третього ступеню вираженості.

При МСЕ хворих та інвалідів з ПТСР важливо пам'ятати, що життєдіяльність хворого обмежує не тільки основне захворювання, але і супутні синдроми, їх стійкість і ступінь тяжкості, темп і тип перебігу, наявність несприятливих ускладнень [1,3].

Причинами інвалідності при ПТСР відповідно до Постанови КМ №1317 від 3.12.2009р. у учасників та постраждалих в АТО можуть бути поранення, контузії, каліцтва, захворювання:

- одержані під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків);

- одержані під час захисту Батьківщини, виконання інших обов'язків військової служби, пов'язаних з перебуванням на фронті в інші періоди;

- пов'язані з участю у бойових діях та перебуванням на території інших держав;

- пов'язані з виконанням службових обов'язків;

- одержані внаслідок політичних репресій;

- пов'язані з виконанням обов'язків військової служби або службових обов'язків з охорони громадського порядку, боротьби із злочинністю та ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій;

- одержані під час участі у масових акціях громадянського протесту в Україні з 21 листопада 2013р. по 21 лютого 2014р. за євроінтеграцію та проти режиму Януковича (у Революції Гідності); (доповнено згідно з Постановою КМ №482 від 26.06.2015).

- поранення, контузії, каліцтва, одержані під час безпосередньої участі в антитерористичній

операції, забезпеченні її проведення; (доповнено згідно з Постановою КМ №569 від 31.08.2016) [9].

Реабілітація інвалідів та хворих на ПТСР. Відомо, що індивідуальна програма реабілітації (ІПР) інвалідів з діагнозом ПТСР складається з чотирьох рівнів за своєю значимістю напрямки: медична, соціальна, психологічна та професійна реабілітація.

Медична реабілітація — спеціалізований етап відновлювального лікування. Лікувально-профілактичні заходи на цьому етапі спрямовані на морфологічне та функціональне відновлення значно знижених або тимчасово втрачених функцій органів і систем хворого шляхом застосування спеціальних лікувальних заходів. В рекомендації щодо заходів медичної реабілітації потрібно включати «Д» спостереження; призначення підтримуючої терапії лікарськими препаратами за потребою та відповідно тяжкості захворювання [7]. «Д» спостереження за станом пацієнта на етапі медикаментозної терапії проводиться щоденно впродовж перших 2 тижнів, через день впродовж наступних 2 тижнів (якщо немає іншої потреби інтенсивнішого спостереження, наприклад за відсутності терапевтичного ефекту, ускладнень терапії, коморбідних розладів та ін.), та 1 раз на тиждень після 1-го місяця терапії, якщо немає потреби в інтенсивнішому спостереженні [17]. Пацієнтам із ПТСР рекомендовано спостереження (у консультативній або диспансерній групах). При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, лікар загальної практики — сімейний лікар має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків та очікуваної тривалості терапії. З урахуванням перебігу захворювання та можливості погіршення стану хворого, особливо при низькому комплаєнсі, обов'язково потрібно включати рекомендації стаціонарного лікування. Стаціонарне лікування повинно бути ретельним чином узгоджено з амбулаторним терапевтичним процесом, а планування подальшого ходу лікування повинно розпочатися якомога швидше після початку лікування в стаціонарі. Підставою для подальшого лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають вторинну медичну допомогу. Фармакотерапію при ПТСР не слід розглядати як рутинну терапію першого ряду замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі. У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування його слід проводити не менше 12 місяців [17]. Медичний аспект реабілітації хворих та інвалідів ПТСР обов'язково повинен включати санаторно-курортне лікування. На сьогодні у складі Збройних Сил України залишилось тільки три санаторно-курортні заклади і одне санаторне відділення загальною штатною місткістю на 1400 ліжок [10]. Перелік медичних показань та

протипоказань до санаторного лікування в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України затверджений наказом Міністерства оборони від 09.12.2015 №703, який зареєстрований у Міністерстві юстиції 31.12.2015 за №№1681/28126—1683/28128.

Питання соціальної реабілітації дуже важливі і є досить впливовими на перебіг ПТСР [12,13]. У таких хворих соціальна реабілітація передбачає взаємодію хворого з різними соціальними службами за місцем його проживання: військовий комісаріат, служби зайнятості, відділи соціального страхування, тощо. За період 2014-2016рр. в державі прийнято більше 30 нормативних документів та близько 40 доповнень до існуючих законів, постанов КМ України тощо, які стосуються питань соціального захисту учасників АТО і членів їх сімей [12,13,16].

Питання психологічної реабілітації у хворих на ПТСР набувають чи не найважливішого значення у зв'язку з тим, що психологічна допомога є обов'язковим методом лікування даного захворювання. Рекомендації щодо психологічної реабілітації включають в себе різні види і форми психотерапевтичної роботи з хворим або інвалідом (індивідуальна та групова психотерапія). Обов'язковими психологічними заходами є: психоосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції; травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ); десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (ДПРО) та встановлення терапевтичного альянсу [1,3,17,25]. Додатковими методами є: стрес-менеджмент та сімейна психотерапія, бо психологічна реабілітація має передбачати також психоосвіту не тільки хворого або інваліда з ПТСР, а і членів його родини [9,17,25]. Сеанси травмофокусованої КПТ проводять індивідуально, 8–12 сеансів залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути збільшена (по 10 сеансів, до 5 курсів, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та з проблемами соціальної адаптації, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, не сфокусованих на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції та фармакотерапію [16]. При цьому, групова КПТ, короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії [4,5,6,25]. У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані, може бути доцільним застосування відповідної фармакотерапії.

Рекомендації щодо професійної реабілітації повинні включати не тільки перенавчання зарекомендованих професій, але і підбір показаних видів робіт на основі наявної освіти [7,15]. Хво-

рим та інвалідам з ПТСР, у зв'язку зі зниженням їх адаптації до різних навантажень, протипоказані види роботи, що пов'язані зі значним фізичним навантаженням, постійними фізичними перевантаженнями та в екстремальних умовах. Протипоказана також праця з важкою та помірно нервово-психічною напругою. Протипоказаними є також праця в несприятливих метеорологічних умовах (висока або низька температура, вологість, задушливе приміщення, коливання атмосферного тиску), вплив токсичних речовин і алергізуючих агентів. Індивідуальні протипоказання залежать від особливостей особистості хворого і ступеня вираженості основного захворювання.

Висновки

та перспективи до подальших досліджень:

1. За результатами аналізу посилюючих документів на МСЕК «Направлення на МСЕК» (форма 088) та даних об'єктивних і додаткових методів дослідження (амбулаторні карти) визначені основні критерії обмежень життєдіяльності учасників бойових дій в зоні АТО - хворих на ПТСР - здатність контролювати свою поведінку, здатність до трудової діяльності та здатність до спілкування. В сучасних умовах збільшення кількості учасників АТО - постраждалих в бойових діях - проблема медико-соціальної експертизи при ПТСР набуває особливої актуальності.

2. Індивідуальна програма реабілітації інвалідів з діагнозом ПТСР складається з чотирьох рівнів за своєю значимістю напрямків: медична, соціальна, психологічна та професійна реабілітація. Дані розділи ІПР повинні заповнюватися відповідно до потреб хворого (інваліда) з ПТСР з урахуванням нових соціальних можливостей держави, що гарантовані в новітніх нормативних документах щодо медичної, психологічної, санаторно-курортної реабілітації та соціальних гарантій учасникам бойових дій в зоні АТО.

3. У зв'язку з тривалою ситуацією на Сході України ПТСР має тенденції до зростання в структурі інвалідізуючих захворювань, травм та поранень у учасників АТО прийнятий «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» сприятиме адекватному та своєчасному наданню медичної допомоги хворим та інвалідам з проявами ПТСР.

Література

- Алещенко В.І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: Навчальний посібник / В.І. Алещенко, О.Ф. Хмільяр. – Харків: ХУПС, 2005. – 84 с.
- Блінов О.А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О.А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Вип. 32. – С. 15–20.
- Зеленова М.Е. Исследования смысло-жизненных ориентаций у ветеранов боевых действий в Афганистане / М.Е. Зеленова. – М.: Истоки, 2005. – С. 91.
- Ломакін Г.І. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин / Г.І. Ломакін. – Проблеми емпіричних досліджень у психології, 6-7 грудня 2012р., Київ: Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції / За ред. І.В. Данилюка, І.В. Ващенко. – К.: ОВС, 2012. – С. 94-100.
- Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Ирина Германовна Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
- Малышева Л.Е. Организация медико-социальной помощи и адаптации к гражданским условиям жизни инвалидов из числа уволенных в запас военнослужащих; Пособие для врачей (в соавт. С Черновым О.Э., Гизаряном В.С.). / Л.Е. Малышева – М.: ГИУВМО РФ, 2004. – 22 с.
- Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч. I / [Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов та ін.]. – Дніпропетровськ, 2013. – 327 с.
- Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних комісій України за 2015 рік: аналітико-інформаційний довідник / А.В. Іпатов, В.А. Голік [та ін.]. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2016. – 162 с.
- Питання медико-соціальної експертизи [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 3.12.2009р. №1317 Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>.
- Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане: Методические рекомендации / [Цыганков Б.Д., Белкин А.И., Веткина В.А. и др.] – М., 1992. – 16 с.
- Посттравматическое стрессовое расстройство / под. ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
- Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України №2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005.- 2 листопада, №213.
- Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України №2012-ХІІ від 20.12.1991(зі змінами) // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, № 15, ст.190.
- Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ МОЗ України № 561 від 05.09.2011.
- Реабілітація та зайнятість інвалідів (аналітичні матеріали) [Електронний ресурс] / Міністерство соціальної політики України. – Режим доступу: www.misp.gov.ua.
- Реабілітація учасників АТО (аналітичні матеріали) [Електронний ресурс] / Міністерство оборони України. Офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.mil.gov.ua/news/2016/04/29/vistup-rechnika-ministerstva-oboroni-ukraini-pid-chas-bnfigu-v-ukrainskomu-krizovomu-media-centri>.
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад»: Наказ МОЗ України №121 від 23.02.2016.
- Начальник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України Назім Агаєв розповів про психологічні проблеми військовослужбовців-учасників АТО [Електронний ресурс] / Назім Агаєв.-2014. – Режим доступу: <https://goo.gl/r5ZkwV>.
- Schultz I. Z. Prediction of occupational disability from psychological and neuropsychological evidence in forensic context / I.Z. Schultz, A. K. Law, L. C. Cruikshank // International Journal of Law and Psychiatry. – 2016. – Т. 49, Pt B. – С. 183–196.
- З початку проведення Антитерористичної операції статус учасника бойових дій отримало понад 187700 учасників АТО [Електронний ресурс] // Урядовий портал. – 23 грудня 2016. – Режим доступу до ресурсу: http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=249617378.
- Mawanda F. Ptsd, psychotropic medication use, and the risk of dementia among us veterans: a retrospective cohort study / F. Mawanda, R.B. Wallace, K. McCoy, T.E. Abrams // Journal of the American Geriatrics Society. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14756/abstract>
- Sundin J. Ptsd after deployment to iraq: conflicting rates, conflicting claims / J. Sundin, N.T. Fear, A. Iversen [et al.] // Psychological Medicine. – 2010. – Т. 40, №3. – С. 367–382.
- Greene T. Prevalence, detection and correlates of ptsd in the primary care setting: a systematic review / T. Greene, Y. Neria, R. Gross // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. – 2016. – Т. 23, №2. – С. 160–180.
- Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці / Всесвітня Організація Охорони Здоров'я – 2-е вид. – К.: Сфера, 2005. – С. 148-149.
- Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. Методичні рекомендації. / [П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін.] – Київ. – 2014. – 66 с.

Реферат**КРИТЕРИИ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Науменко Л.Ю., Спирина И.Д., Борисова И.С., Кузьменко В.И., Титов Г.И., Березовский В.М.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, ограничения критериев жизнедеятельности, участники АТО.

В настоящее время вопросы медико-социальной экспертизы, психологической и профессиональной реабилитации при ПТСР разработаны недостаточно. Не в полной мере изучены психологические особенности и, преимущественно, личностные факторы, которые во многом определяют степень ограничений жизнедеятельности при данном заболевании. В связи с этим, возникает потребность в оптимизации критериев нарушений жизнедеятельности участников АТО, как основных критериев определения признаков инвалидности. Целью работы было по результатам анализа посыльных документов на МСЭК «Направления на МСЭК» (форма 088) и данных объективных и дополнительных методов исследования (амбулаторные карты) исследовать и систематизировать научно-практические и медико-социальные подходы относительно ограничения критериев жизнедеятельности при ПТСР у военнослужащих – участников боевых действий в зоне АТО для определения групп инвалидности. Исследование проводилось на базе КУ «Областного клинического центра МСЭ ДОР» м. Днепр (главный врач, к.мед.н. Конкур В. М.). ПТСР – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать ряд психических и поведенческих нарушений после окончания травматического действия. Для возникновения ПТСР необходимо, чтобы человек испытал действие стресса, который выходит за пределы обычного человеческого опыта и способного вызвать дистресс. В отличие от острой стрессовой реакции, ПТСР возникает не во время травмирующего события, а в отдаленные сроки – в период до 6 месяцев с момента получения боевой травмы. В статье определены основные критерии определения групп инвалидности больных с ПТСР на основе выявленных критериев ограничений жизнедеятельности участников боевых действий в зоне АТО и систематизированы подходы относительно их потребности в различных видах реабилитации. По результатам анализа посыльных документов на МСЭК «Направления на МСЭК» и данных объективных и дополнительных методов исследования определено, что основными критериями ограничений жизнедеятельности участников боевых действий в зоне АТО - больных ПТСР являются: способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности и способность к общению. В современных условиях увеличения количества участников АТО - пострадавших в боевых действиях - проблема медико-социальной экспертизы при ПТСР приобретает особую актуальность. Индивидуальная программа реабилитации инвалидов с диагнозом ПТСР состоит из равных по своей значимости направлений: медицинская, социальная, психологическая и профессиональная реабилитация. Разделы ИПР должны заполняться в соответствии с потребностями больного (инвалида) с ПТСР. В связи с длительной ситуацией на Востоке Украины ПТСР имеет тенденции к росту в структуре инвалидизирующих заболеваний. Принятый «Унифицированный клинический протокол ... «Реакция на тяжелый стресс.. Посттравматическое стрессовое расстройство» будет способствовать адекватному и своевременному оказанию медицинской помощи больным и инвалидам с проявлениями ПТСР.

Summary**CRITERIA OF LIFE ACTIVITY LIMITATIONS IN COMBATANTS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS**

Naumenko L.Yu., Spirina I. D., Borisova I. S., Kuzmenko V. I., Titov G. I., Berezovsky V. M.

Key words: medical and social examination, criteria of life activity, ATO combatants.

Currently, the issues of medical and social examination, psychological and occupational rehabilitation in PTSD have not been sufficiently developed yet. There are psychological peculiarities, and, primarily, personal factors which determine the degree of life activity limitations in this disease, which require more detailed studies. There is a need to improve the criteria to assess the limitations of life activity of ATO combatants as well as the main criteria for evaluating the degree of their disability. This research was aimed at investigating and classifying scientific, medical and social approaches to identify criteria of life activity in ATO combatants with post-traumatic disorders in order to provide accurate assessment of their disability. This research was based on the analysis of the expert's reports of Medical and Social Expert Commission (form 088), and objective findings and additional research methods (case histories analysis). The study was conducted at the municipal institution "Regional Clinical Centre of Medical and Social Expert Commission", Dnepr (chief doctor, candidate of medicine Concur V. M.). Post traumatic stress disorder (PTSD) is uncomfortable delayed reaction to traumatic stress that can cause a number of mental and behavioural disorders. PTSD develops in persons who have experienced the acute or prolonged stress, which goes beyond ordinary human experience and can cause distress. The article describes the key criteria for evaluating the disability for patients with PTSD, and suggests the systematic approaches to their rehabilitation. According to the analysis of findings obtained PTSD patients, former ATO combatants experience difficulties to control their behaviour, to work effectively and to communicate. At present, increase in the number of ATO participants is turning into the problem of great medical and social importance and requires accurate diagnosis of PTSD and associated conditions. The patient-centred program of

rehabilitation for patients with PTSD involves four equal in their importance areas: medical, social, psychological and vocational rehabilitation. Because of the situation in the East of Ukraine, PTSD has a tendency to increase in the structure of psychological disorders, injuries and wounds among the ATO participants. The adoption and implementation of general clinical protocols and other regulatory documents can contribute to adequate and timely medical care to patients with the PTSD manifestations.

УДК 616.12 – 007.61:615.22

Овчаренко Л.К., Циганенко І.В.

ВПЛИВ КОНКОРУ В КОМПЛЕКСІ З ВЕРОШПІРОНОМ НА ГІПЕРТРОФІЮ МІОКАРДА ПРИ ЛІКУВАННІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті наводяться дані щодо застосування препарату конкор з групи бета-адреноблокаторів як самостійно, так і у комплексі з калійзберігаючими діуретиками при уже наявній та підтвердженій гіпертрофії міокарда за допомогою ехокардіоскопії у пацієнтів з поліморбідними станами, що включають артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з серцевою недостатністю з метою припинення її подальшого розвитку та часткового регресу змін у серцевому м'язі. Проведене дослідження дало змогу з'ясувати, що тривалий прийом селективних бета₁-адреноблокаторів, а саме конкору, при правильному підборі дози зумовлює регрес гіпертрофії міокарда, а їх використання у комплексі з калійзберігаючими діуретиками потенціює необхідні терапевтичні ефекти.

Ключові слова: гіпертрофія міокарда, конкор, верошпірон.

Дана робота є фрагментом НДР «Роль запалення в патогенезі коронарних і некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії», № державної реєстрації 0107U004808.

Вступ

Серцево-судинні захворювання є однією з основних проблем сучасної медицини. Мільйони нових хворих реєструється щороку, а половину всіх смертей пов'язують з тією чи іншою формою ураження органів кровообігу [1,2].

Майже всі пацієнти мають декілька захворювань, що ускладнює їхній перебіг та підбір оптимального лікування. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією має місце концентрична гіпертрофія, яка виникає при перевантаженні лівого шлуночка тиском і характеризується рівномірним потовщенням стінки з можливим зменшенням його порожнини [3].

Бета₁-адреноблокатори – група препаратів, які зменшують вплив катехоламінів на мембранну аденілатциклазу кардіоміоцитів зі зменшенням утворення циклічного аденозинмонофосфату [4].

Мета дослідження

Вивчити вплив бета-адреноблокаторів (на прикладі конкору) самостійно і у поєднанні з калійзберігаючими діуретиками (на прикладі верошпірону) на процеси гіпертрофії міокарда для оптимізації лікування пацієнтів з поліморбідними станами, які включають артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу з серцевою недостатністю.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 40 хворих (20 чоловіків і 20 жінок), які мають одночасно артеріальну гіпертензію II ст, 2 ст., ризик помірний та ішемічну хворобу з серцевою недостатністю віком від 50 до 60 років на базі кардіологічного диспансеру. Діагноз та ступінь тяжкості встановлені відповід-

но до затверджених критеріїв. При проведенні дослідження використовували такі препарати:

– конкор – бета₁-адреноблокатор, діюча речовина – бісопрололу фумарат. Допоміжні речовини: крохмаль кукурудзяний, кальцію гідрофосфат безводний, кремнію діоксид колоїдний безводний, кросповідон, целюлоза мікрокристалічна, магнію стеарат. Склад плівкової оболонки: титану діоксид (E171), гіпромелоза 2910/15, диметикон 100, макрогол 400, заліза оксид жовтий (E172);

– верошпірон – калійзберігаючий діуретин, діюча речовина – спіронолактон. Допоміжні речовини: натрію лаурилсульфат, магнію стеарат, крохмаль кукурудзяний, лактози моногідрат, титану діоксид, желатин, барвник E104.

Сформовано дві групи по 20 чоловік. У першій приймали лише конкор по 10 мг 1 раз на добу, у другій – конкор по 10 мг 1 раз на добу з верошпіроном по 50 мг 1 раз на добу. Всім пацієнтам було проведено загальноклінічні лабораторні та інструментальні обстеження, ехокардіоскопію, добовий моніторинг артеріального тиску та холтеровський моніторинг електрокардіограми. Через 6 місяців всі дослідження було повторено. Їх проводили за умови відсутності у пацієнта загострення основних чи супутніх хронічних захворювань, гострих інфекцій та тяжкої супутньої патології, яка могла б вплинути на результати дослідження. Під час проведення ехокардіоскопії за нормальні показники приймалися значення товщини міокарда лівого шлуночка в межах 9 – 11 мм.

Обстеження та лікування хворих проводилося згідно стандартів України.